



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES  
WIC AND NUTRITION SERVICES

**EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN PARA MUJERES**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:
-------------------------	---------------------------

**TODAS LAS MUJERES DEBEN COMPLETAR**

1. ¿Tiene usted una dieta especial? .....  Sí  No [427.2]  
 Si contesta sí, ¿cuál de las siguientes dietas especiales tiene usted? (Escoja todas las que correspondan):  
 Vegetariana     Vegana     Baja en calorías/bajar de peso     Macrobiótica     Alergia a alimentos  
 Baja en grasa     Baja en carbohidratos     Otra: \_\_\_\_\_  
 Si contesta sí, ¿la dieta especial se relaciona con una enfermedad médica? .....  Sí  No [341-362]

2. ¿Come usted regularmente objetos no comestibles? .....  Sí  No [427.3]  
 Si contesta sí, escoja todos los que correspondan:  
 Cenizas     Tiza/gis     Grandes cantidades de hielo y/o escarcha  
 Bicarbonato     Cigarros     Astillas de pintura  
 Cerillos usados     Arcilla     Tierra  
 Fibras de alfombra     Polvo     Almidón (de ropa o almidón de maíz)     Otros: \_\_\_\_\_

3. En un día normal, ¿cuántas veces come fruta? .....  5 o más  4  3  2  1  Ninguna

4. En un día normal, ¿cuántas veces come verduras? .....  5 o más  4  3  2  1  Ninguna

5. ¿Qué tipo de leche toma usted? (Escoja todas las que correspondan): [427.2]  
 Leche (de vaca)     Leche de cabra     Leche de arroz o Leche de almendras     Leche de soya  
 Leche deslactosada     Ninguna     Otra \_\_\_\_\_  
 ¿Qué clase de leche toma usted?  
 Leche descremada (sin grasa)     Baja en grasa (1%)     Grasa reducida (2%)     Entera     No aplica  
 En un día normal, ¿cuántas veces toma leche?     4 vasos o más/Muchas veces al día     3 vasos/Tres veces al día  
 2 vasos/Dos veces al día     1 vaso o menos/Una vez al día o menos

6. En un día normal, ¿cuántas veces toma jugos, bebidas deportivas o de frutas, refrescos regulares, té dulce y/o agua con Kool-Aid o azúcar? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna  
 En un día normal, ¿cuántas veces toma refresco de dieta y/o café o té? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna  
 En un día normal, ¿cuántas veces toma agua sola? .....  4 o más  3  2  1  Ninguna

7. ¿Qué clase de actividades físicas realiza la mayoría de los días? (Escoja todas las que correspondan)  
 Ninguna     Correr     Limpieza/labores del hogar     Andar en bicicleta     Jugar con mis hijos  
 Caminar     Nadar     Jardinería     Gimnasio     Otra: \_\_\_\_\_

8. En un día normal, ¿cuántos minutos pasa en estas actividades sudando o con respiración agitada?  
 Menos de 15 minutos     15 minutos     30 minutos     45 minutos  
 60 minutos (1 hora)     90 minutos (1 ½ horas) o más     No aplica

9. ¿Ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? .....  Sí  No [381]  
 ¿Tiene usted caries dentales, dientes rotos, encías sangrantes, le faltan dientes y/o dientes chuecos que le dificultan el masticar? .....  Sí  No

**CONTESTE LA SIGUIENTE PREGUNTA SI ESTÁ EMBARAZADA.**

10. ¿Cuáles de los siguientes alimentos come usted? (Escoja todos los que correspondan): [427.5]  
 Jugos frescos de frutas o verduras  
 Productos lácteos sin pasteurizar (de granja)  
 Quesos suaves como Feta, Brie, Camembert, Queso Stilton, Queso blanco, Queso fresco  
 Carne, pescado, pollo, pavo o huevos crudos o semi crudos  
 Brotes crudos (alfalfa, trébol, frijoles, rábano)  
 Salchichas, embutidos y de carnes frías sin cocinar  
 Nada de esto

**Su Nutricionista CPA le platicará sobre su manera de comer y hábitos de actividad y le hará más preguntas.**